



OUVIDORIA

A voz do Cliente na Empresa

A Ouvidoria é um canal de comunicação que colocamos à sua disposição, que tem por objetivo realizar análise das manifestações de forma isenta e imparcial, sendo o Ouvidor um defensor do cliente dentro da Seguradora.

Quando você pode recorrer a esse serviço?

A Ouvidoria está à sua disposição, sempre que necessário, sendo esta uma instância recursal. Desta forma, para acioná-la é imprescindível que já tenha contatado o canal de Sugestão, Reclamações e Elogios da Seguradora, através do Site ou Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), e discorde ou tenha dúvida da decisão que foi apresentada.

O papel do Ouvidor

O Ouvidor é um profissional que possui profundo conhecimento da área de seguros. Ele atua de forma personalizada e independente e age ativamente como representante do cidadão, respeitando as condições dos contratos de seguros, os direitos humanos e o Código de Defesa do Consumidor.

Sua solicitação em boas mãos

Com sua solicitação em mãos, o Ouvidor poderá esclarecer, justificar ou reformar uma decisão adotada pela empresa. E tenha certeza que tudo será estudado com o mais absoluto cuidado. No prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que a Ouvidoria receber a manifestação, o nosso Ouvidor comunicará o parecer adotado para você e ao corretor de seguros da apólice.

Estamos prontos para ouvir você

A Ouvidoria está em conformidade com a regulamentação da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP. Para recorrer a este serviço, que é gratuito, você deverá apresentar a solicitação/reclamação por escrito, informando seu nome completo, CPF/CNPJ, número da apólice e do registro (se for o caso), telefone e e-mail, através dos canais informados no verso deste manual.

Como funciona a Ouvidoria

Você pode recorrer a este serviço sempre que não concordar ou tiver dúvida em relação a uma decisão adotada pela empresa. Todavia, para isso é imprescindível já ter acionado o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC).

Assim, você registra sua manifestação nos seguintes canais:

www.tokiomarine.com.br através do formulário de Ouvidoria **ou**;

Através do 0800 449 0000 ou;

Caixa Postal 12829, São Paulo – SP, CEP: 04010-970

Ouvidoria Deficiente Auditivos e de Fala 0800 770 1523



SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

CONDIÇÕES GERAIS

Índice

1.	OBJETIVO DO SEGURO	3
2.	CONCEITO DAS COBERTURAS	4
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	9
4.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	11
5.	DA VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA	11
6.	DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS	12
7.	DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS	12
8.	DA INCLUSÃO DE CÔNJUGE	14
9.	DA INCLUSÃO DE FILHOS	15
10.	BENEFICIÁRIOS	16
11.	CAPITAIS SEGURADOS	17
12.	CERTIFICADO INDIVIDUAL	17
13.	CUSTEIO DO SEGURO	17
14.	PRÊMIO	17
15.	ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS	21
16.	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	21
17.	CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL	27
18.	CANCELAMENTO DO SEGURO	27
19.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	28
20.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	29
21.	DA DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS	29
22.	ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA	30
23.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	31
24.	DISPOSIÇÕES GERAIS	31
25.	PRESCRIÇÃO	31
26.	DO FORO	31
27.	CONCEITOS	31

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1 O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, desde que contratadas pelo Estipulante, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

1.2 As coberturas deste Seguro dividem-se em básicas e adicionais:

1.2.1 Coberturas Básicas:

- MA – Morte Acidental
- IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
- IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente

1.2.2 Coberturas Adicionais:

- RIH– Rende Internação Hospitalar por Acidente
- DIT – Diárias Temporárias por Incapacidade Total por Acidente
- DMHO - Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas
- AFT - Auxílio Funeral Titular - Não Dedutível
- AFF - Auxílio Funeral Familiar – Não Dedutível
- AA – Auxílio Alimentação

1.3 Esse seguro prevê, ainda, a possibilidade de contratação das seguintes Cláusulas Suplementares:

- IAC - Inclusão Automática de Cônjuges - MA
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges - IPA
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IPTA
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DIH
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DIT
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DMHO
- IFC - Inclusão Facultativa de Cônjuges - MA
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges -IPA
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – IPTA
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – RIH
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – DIT
- IFC- Inclusão Facultativa de Cônjuges – DMHO
- IAF – Inclusão Automática de Filhos – MA
- IAF – Inclusão Automática de Filhos – RIH



1.4 O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Seguro”, quais coberturas pretende contratar, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das básicas obrigatória, sendo as demais facultativas.

2. CONCEITO DAS COBERTURAS

2.1 BÁSICAS

2.1.1 MA - Morte Acidental

Desde que contratada, garante aos beneficiários o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura em caso de morte do Segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.1.2 IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização (SUBÍTEM 2.1.2.10)**, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato.**

2.1.2.1 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A SEGURADORA reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, **caso o Segurado tanto se negue.**

2.1.2.2 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

2.1.2.3 Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

2.1.2.4 Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado nesta Cobertura.

2.1.2.5 Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para sua perda total.



2.1.2.6 Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

2.1.2.7 A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.

2.1.2.8 As indenizações previstas para as Coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela cobertura de Morte Acidental será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente.

2.1.2.9 A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

2.1.2.10 Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25



PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6	
Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.		

2.1.3 IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de perda ou impotência funcional definitiva, **total**, de



membros ou órgãos, nas hipóteses estabelecidas no subitem 2.1.3.1, em virtude de lesão física causada por acidente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato.**

2.1.3.1 Considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente as ocorrências descritas abaixo :

- Perda total da visão de ambos os olhos
- Perda total do uso de ambos os membros superiores
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores
- Perda total do uso de ambas as mãos
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés
- Perda total do uso de ambos os pés
- Alienação mental total incurável

2.1.3.2 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A SEGURADORA reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

2.1.3.2.1 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

2.1.3.3 Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

2.1.3.4 As indenizações previstas para as coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela Cobertura de Morte por Acidente será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

2.2 ADICIONAIS

2.2.1 RIH – Renda de Internação Hospitalar por Acidente

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso da sua internação hospitalar decorrente **única e exclusivamente de acidente pessoal coberto em caráter estritamente emergencial, desde que as internações não sejam eletivas**, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**



2.2.1.1 O valor de cada Diária será estabelecido no Contrato.

2.2.1.2 A Franquia desta cobertura será de 02 (dois) dias. Assim, a indenização somente será devida a partir do 3º dia de internação, inclusive.

2.2.1.3 O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado a 180 dias de Internação(ões), consecutivas ou não, decorrente(s) de um mesmo Acidente Pessoal coberto, considerando o período de 12 (doze) meses de vigência do seguro individual.

2.2.2 DIT - Diárias Temporárias por Incapacidade Total por Acidente

Desde que contratada esta cobertura, no caso de Incapacidade Total, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, **por período superior a 15 dias**, de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, **causada única e exclusivamente por acidente pessoal devidamente coberto**, a Seguradora pagará ao Segurado, para cada dia de afastamento, o valor da diária contratado, **até o limite máximo de diárias estabelecido no contrato, exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o período de carência bem como o disposto nestas Condições Gerais e no Contrato.**

2.2.2.1 Caso o Segurado venha a falecer, seja por morte acidental, seja por morte natural, extingue-se, imediatamente, a presente cobertura, não sendo devido qualquer pagamento referente a diárias temporárias por incapacidade total a partir da data do óbito.

2.2.2.2 O limite máximo de diárias, o valor e a forma de pagamento serão definidos no Contrato, sempre por ano de vigência para um ou mais sinistros ocorridos no mesmo período contratual.

2.2.2.2.1 O limite máximo de diárias para contratação não poderá ultrapassar 180 (cento e oitenta) dias, por evento, sendo que cada diária corresponderá a uma fração do valor da renda mensal contratada.

2.2.2.3 A franquia desta cobertura será de 15 (quinze) dias.

2.2.2.4 As diárias temporárias de incapacidade total serão devidas a partir do 16º, inclusive, da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico. A Seguradora reserva-se no direito de submeter o Segurado a realização de exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, **caso o Segurado a tanto se negue.**

2.2.2.5 Caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido por acidente, ficará automaticamente extinta a presente cobertura.

2.2.3 DMHO - Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, até o valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias



contados da data do acidente **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.3.1 O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes Seguradoras.

2.2.3.2 Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

2.2.3.3 A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

2.2.3.4 A Seguradora reserva-se no direito de submeter o Segurado a realização de exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, **caso o Segurado a tanto se negue.**

2.2.4 AFT - Auxílio Funeral Titular – Não Dedutível

Desde que contratada, em caso de morte acidental do Segurado Principal devidamente coberto, será indenizado a título de auxílio funeral o valor estabelecido no contrato para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.** Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica de Morte.

2.2.5 AFF - Auxílio Funeral Familiar – Não Dedutível

Desde que contratada, em caso de morte acidental do Segurado Principal devidamente coberto, de seu cônjuge e/ou filhos, será indenizado a título de auxílio funeral o valor estabelecido no contrato para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.** Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica de Morte.

2.2.6 AA – Auxílio Alimentação

Desde que contratada, em caso de morte acidental do Segurado devidamente coberto, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura a título de auxílio alimentação, conforme estabelecido no contrato para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Todas as Coberturas

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:



- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) de doenças ou acidentes preexistentes à contratação do seguro não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;
- e) da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- f) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- g) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de transportes mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios.
- j) epidemias, endemias e pandemias declaradas por órgão competente.

3.2 Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos das coberturas de Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Diárias Temporárias por Incapacidade Total por Acidente (DIT), Renda por Internação Hospitalar por Acidente (DIH), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Auxílio Alimentação (AA) as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto".

3.3 Renda por Internação Hospitalar por Acidente (RIH)

Além dos riscos mencionados nos itens 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Renda por Internação Hospitalar por Acidente (RIH), as internações decorrentes de:

- a) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;
- b) Internação Hospitalar por motivo de convalescença;
- c) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética, exceto aquelas por indicação estritamente reparadora, para corrigir lesões acidentais;
- d) Diárias de Internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
- e) Ferimentos auto infligidos temporária ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;
- f) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico.



3.4 Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT)

Além dos riscos mencionados nos itens 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT), os itens abaixo especificados:

- a) Ferimentos auto infligidos, temporária ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;
- b) Gravidez e suas conseqüências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas conseqüências, exceto se decorrentes de um acidente pessoal coberto;
- c) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- d) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- e) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anatomopatológica ou exames complementares;
- f) Tratamento odontológico e ortodôntico

3.5 Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)

Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) as despesas decorrentes de:

- a) Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as prótese pela perda de dentes naturais.

4. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

4.1 O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, desde que não sejam caracterizados como risco excluído. Este âmbito geográfico se dará as coberturas que seguem relacionadas: Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Auxílio Funeral Titular – Não Dedutível, Auxílio Funeral Familiar – Não Dedutível.

4.2 Para as coberturas de Diária por Incapacidade Temporária (DIT) e Renda por Internação Hospitalar (RIH), o âmbito geográfico do presente seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

5. DA VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA

5.1. A apólice mestra vigorará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no contrato, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a SEGURADORA manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.



5.2. A renovação automática prevista no subitem anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

5.3. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado.

5.4. Início de Vigência

O início de vigência da apólice mestra se dará na data expressa no Contrato.

6. DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

6.1 O início e término de vigência de cada Segurado será definido no Contrato.

6.2 O início e término da vigência individual dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas no Contrato.

6.3. Caso não haja pagamento de prêmio quando do protocolo da Proposta de Adesão, o início de vigência é o dia de aceitação da proposta ou outro se solicitado pelo proponente. Em havendo pagamento parcial ou total do prêmio, considera-se o início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

6.4. Os seguros individuais vigorarão enquanto vigorar a apólice mestra, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do contrato individual previsto nestas Condições Gerais.

6.4.1. No caso de não renovação da apólice mestra, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final de vigência da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.

6.5. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

7. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

7.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

7.2 Será estabelecida no Contrato a quantidade mínima de Segurados necessária para a aceitação de Seguro.

7.3 Poderão ser incluídos no presente seguro, as pessoas pertencentes ao grupo segurável que atendam às condições de aceitação estabelecidas no Contrato.

7.4 Havendo expressa convenção no Contrato, poderão ser incluídos no seguro aposentados e afastados do serviço.



7.5 A inclusão dos componentes seguráveis poderá ser feita de uma das seguintes formas, conforme estabelecido no Contrato:

7.5.1 Automática: nos seguros não contributários (subitem 13.1), quando abranger a totalidade dos componentes do grupo segurável;

7.5.2 Facultativa: quando o seguro abranger somente os componentes do grupo segurável que tenham, facultativamente, aderido ao seguro, ou cuja inclusão seja feita por ordem e conta do Estipulante.

7.6 A inclusão de proponentes neste seguro se dará através do preenchimento, assinatura e entrega à Seguradora, do formulário denominado "Proposta de Adesão", juntamente com a declaração pessoal de saúde atividade profissional.

7.6.1 A Proposta de Adesão deverá ser preenchida de próprio punho pelo proponente.

7.7 A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do proponente no seguro. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.

7.7.1 Para análise da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir, **por uma única vez**, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

7.7.2 **Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no subitem 7.7.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 7.7 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.**

7.8 A não aceitação da Proposta de Adesão, por parte da Seguradora, bem como a justificativa da recusa, será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, contados da recusa, atualizados da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, **pelo índice estabelecido no subitem 15.1 destas Condições Gerais**, conforme legislação vigente.

7.9 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

7.9.1 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

7.9.2 O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer, **caso o prêmio tenha sido fracionado.**



8. DA INCLUSÃO DE CÔNJUGE

8.1 O Contrato deste seguro poderá prever e regular a inclusão, automática ou facultativa, dos cônjuges dos Segurados Principais que estejam em perfeitas condições de saúde, na qualidade de Segurados Dependentes.

8.2 Contratada a inclusão de cônjuge e pago o prêmio adicional, a morte deste, desde que coberta, garante ao Segurado Principal o pagamento de uma indenização no valor do Capital Segurado contratado para esta cláusula suplementar, **observados os riscos excluídos, as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

8.2.1. **O Capital Segurado do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal.**

8.3 O Estipulante deverá informar quais as coberturas que pretende adotar para esta Cláusula Suplementar, observadas as opções indicadas abaixo, conforme convencionado no Contrato e desde que essas coberturas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal.

- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges - MA
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges - IPA
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IPTA
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DIH
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DIT
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DMHO
- IAC – Inclusão Facultativa de Cônjuges - MA
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges - IPA
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – IPTA
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DIH
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – DIT
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – DMHO

8.4 A inclusão de cônjuge será automática quando abranger os cônjuges de todos os Segurados Principais, independentemente de solicitação.

8.5 **A inclusão facultativa de cônjuge estará condicionada à solicitação do Segurado Principal e aceitação da Seguradora, além do pagamento de prêmio adicional.**

8.6 Equiparam-se aos cônjuges a(o) companheira(o) do Segurado Principal, desde que comprovada, documentalmente, a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

8.7 Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge, nos casos em que se exigir declaração pessoal de saúde.

8.8 **Desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, canceladas estarão, automaticamente, as coberturas contratadas para o Segurado Dependente incluído na condição de cônjuge, seja automática ou facultativa a inclusão, independentemente desse fato**



ter sido, ou não, comunicado pelo Segurado Principal à SEGURADORA e ter havido pagamento de prêmio.

8.8.1 No caso previsto no subitem anterior (8.8) e na modalidade de cônjuge facultativo, os eventuais prêmios pagos serão devolvidos atualizados monetariamente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística desde a data de pagamento até a sua efetiva restituição.

8.8.2 Não poderá, seja de forma automática, seja facultativamente, ser incluído no seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o cônjuge que participe na apólice na qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice Mestra.

9. DA INCLUSÃO DE FILHOS

9.1 O Contrato deste seguro poderá prever e regular a inclusão automática dos filhos do Segurado Principal.

9.1.1 São considerados filhos do Segurado Principal, para fins deste seguro, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:

- I - o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- II - filho(a) ou enteado(a) universitário ou cursando escola técnica do segundo grau, até 24 (vinte e quatro) anos;
- III - o menor pobre, de até 21 (vinte e um) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
- IV - o irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um), anos desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- V - irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 (vinte e um) anos até 24 (vinte e quatro) anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até 24 (vinte e um) anos.
- VI - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

9.2 Contratada a inclusão automática de filhos, a morte deste, desde que coberta, garante ao Segurado Principal o pagamento de uma indenização no valor do Capital Segurado contratado para esta cláusula suplementar, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

9.2.1. O Capital Segurado dos filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado respectivo Segurado Principal

9.3 O Estipulante deverá informar quais as coberturas que pretende adotar para esta Cláusula Suplementar, observadas as opções indicadas abaixo, conforme convencionado no Contrato e desde que essas coberturas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal.

- IAF – Inclusão Automática de Filhos – MA



- IAF – Inclusão Automática de Filhos – RIH

9.4. Na hipótese de falecimento de menor de 14 (quatorze) anos, a indenização será destinada, exclusivamente, ao reembolso das despesas com funeral, devidamente comprovadas, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do Capital Segurado para esta Cobertura. Entre as despesas cobertas incluem-se as havidas com traslado, excluindo-se as decorrentes de aquisição de terrenos, jazigos e carneiros.

9.5 Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais, os filhos serão incluídos uma única vez, considerando-se dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta Cobertura.

9.6 Não poderá ser incluído no seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o filho do Segurado Principal que já ostente a qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice Mestra.

10 BENEFICIÁRIOS

10.1 Indicação

O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

10.2 Alteração de Beneficiários

O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

10.2.1 Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

10.3 Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.

10.4 No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Diária Temporária por Incapacidade Total por Acidente (DIT), Renda de Internação Hospitalar por Acidente (RIH) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

10.5 Beneficiários dos Segurados Dependentes

Em caso de morte devidamente coberta do Segurado Dependente, quando tiver sido contratada a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos, o Beneficiário será o Segurado Principal. Para as demais coberturas oferecidas ao Segurado Dependente na condição de cônjuge, o beneficiário será sempre o próprio Segurado Dependente.



10.5.1 Para a cobertura de Renda por Internação Hospitalar (RIH) oferecida ao Segurado Dependente classificado como filho, observadas as cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato, o beneficiário será sempre o Segurado Principal.

10.6 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais do Segurado Dependente.

11 CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados deverão ser definidos na forma estabelecida no Contrato.

11.1. Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos para cada cobertura vigentes na data do evento.

11.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- a) nas Coberturas de Morte Acidental (MA) e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Auxílio Funeral Titular – Não Dedutível (AFT), Auxílio Funeral Familiar – Não Dedutível (AFF) e Auxílio Alimentação (AA) a data do acidente;
- b) na Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (DIT), a data do afastamento;
- c) na Cobertura de Renda Internação Hospitalar por Acidente (RIH), a data da internação.

12 CERTIFICADO INDIVIDUAL

No início de cada vigência será encaminhado pela Seguradora um Certificado Individual a cada Segurado Principal, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a) Data do início e término do seguro individual **do Segurado Principal e seus dependentes**;
- b) Capitais Segurados de cada Cobertura;
- c) Valor do prêmio total.

13 CUSTEIO DO SEGURO

Conforme disposto no Contrato, o custeio do seguro pode ser:

13.1 Não-Contributário – quando o prêmio for pago exclusivamente através de recursos do estipulante, sem a participação do Segurado.

13.2 Contributário - quando os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.

14 PRÊMIO



14.1 A forma de pagamento, bem como o valor e critério de atualização do prêmio será estabelecido no Contrato.

14.2 Tanto em relação aos prêmios individuais como em relação ao prêmio total, deve-se observar o disposto nos subitens abaixo:

14.2.1 Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do prêmio houver sido feito, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

14.2.2 A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da apólice mestra, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento do Prêmio.

14.3 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de Prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela SEGURADORA e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do Prêmio de cada Segurado.

14.4 Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

14.5 Se o Estipulante não tiver recebido um novo documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá entrar em contato com a Seguradora / Corretor e solicitar a emissão da 2ª via do boleto bancário.

14.6 **Nos seguros contributários, desde que tenham sido recebidos pelo Estipulante os prêmios individuais, ainda que este não tenha repassado para a Seguradora, a mesma ficará responsável pelo pagamento de indenizações que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento da apólice mestra, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal do Estipulante.**

14.7 Quando a forma de cobrança do prêmio for a de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice mestra, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício, cancelamento do seguro individual ou mediante pedido do Segurado Principal.

14.8 Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.

14.9 Os prêmios das apólices com vigências anuais poderão ser pagos a vista, mensal ou fracionados em até 07 (sete) parcelas conforme acordado com o Estipulante.

14.10 Caso o plano preveja o fracionamento do prêmio, o critério adotado será o seguinte:

14.10.1 Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.



14.10.2 Deverá ser garantida ao Estipulante, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados.

14.10.3 Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada no mínimo a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL	RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

14.10.4 Para percentuais não previstos no **subitem 14.10.3.**, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

14.10.5 A Seguradora deverá informar ao Estipulante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme **subitem 14.10.3.** acima.

14.10.6 Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescido de multa e juros de mora conforme critério previsto na proposta de seguro e condições contratuais da apólice, dentro do novo prazo de vigência ajustado, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice.

14.10.7 Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no **subitem 14.10.3.**, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, a Seguradora operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

14.10.8 No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender



sua vigência, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão em caso de restabelecimento do contrato.

14.11. O disposto no subitem **14.10.** e seus subitens não se aplica aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

14.12 ATRASO NO PAGAMENTO DE PRÊMIO

14.12.1 Data do vencimento da parcela do prêmio anterior ao período de cobertura:
Nesses casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará a suspensão imediata e automática de todas as coberturas, a partir da data do início do período de cobertura da respectiva parcela pendente, perdendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer Capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

14.12.1.1 A parcela vencida mencionada no subitem anterior não será cobrada pela Seguradora, uma vez que não será concedida a respectiva cobertura.

14.12.1.2 Quando suspensa a cobertura do seguro, seja da apólice mestra, sejam as coberturas individuais, poderá ser reabilitado, **por uma única vez**, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal subsequente à parcela em atraso, **respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da referida parcela.**

14.12.1.3 Data do vencimento da parcela do prêmio durante ou após o período de cobertura:
Nesses casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da parcela do prêmio conforme a lei permitir. Esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, mantendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.

14.12.1.4 O prazo para pagamento da parcela do prêmio em atraso será até a data do vencimento da próxima parcela do prêmio referente ao período de cobertura subsequente.

14.12.1.5 O pagamento dos prêmios devidos nestas circunstâncias será acrescido de multa e juros, conforme critério previsto na proposta de seguro e condições contratuais da apólice.

14.12.1.6 Caso essa parcela pendente não seja paga até a data limite especificada no subitem 14.12.1.4, seja a apólice mestra, sejam as coberturas individuais, serão canceladas a partir das 24 (vinte e quatro) horas dessa mesma data, sendo devido o pagamento das parcelas de prêmio referentes a períodos de cobertura ainda não emitidos e anteriores à data do cancelamento.

14.12.1.7 As parcelas do prêmio não pagas após 30 (trinta) dias do seu vencimento poderão ser cobradas judicialmente pela Seguradora.

14.13 O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO



14.13.1 Vencimento da parcela do prêmio anterior ao período de cobertura:

O Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado da suspensão das coberturas, e cientificado de que o não pagamento da próxima fatura em seu vencimento acarretará o cancelamento do seguro.

14.13.2 Quando houver suspensão de coberturas, somente será admitida uma única reabilitação. Assim, após a reabilitação, havendo novo atraso no pagamento de qualquer das parcelas do prêmio, este seguro estará automaticamente cancelado.

14.13.3 Vencimento da parcela do prêmio durante ou após o período de cobertura:

O Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado de que o não pagamento da próxima fatura em seu vencimento acarretará o cancelamento do seguro.

14.13.4 Nesse caso não haverá reabilitação de cobertura.

15 ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

15.1 Para os seguros com vigência superior a 01 (um) ano, o valor do Capital Segurado e dos prêmios serão corrigidos anualmente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na última publicação oficial, verificada no mês de aniversário do seguro, ou no menor espaço de tempo que a lei vier a permitir.

15.2 O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

16 PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA, por fax, telegrama, telex, carta, email ou qualquer meio disponível no momento.

16.1 Em seguida, deverá ser encaminhada a **documentação relacionada adiante**, de acordo com a Cobertura **junto com o formulário Aviso de Sinistro**, totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante, Beneficiários e pelo médico assistente. Estes documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

16.2 Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta dias), contados da apresentação de todos os documentos necessários à liquidação, constantes no subitem 16.4 destas Condições.

16.2.1 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nesta cláusula, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no subitem 16.2 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.



16.2.2 Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 16.2 e 16.2.1, a Seguradora pagará multa de 2% e juros de mora de 1,0% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice **IPCA-IBGE** – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

16.2.3 A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que Seguradora venha praticar após o sinistro não importam, por si, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

16.3 Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora os eventuais encargos de tradução necessários para liquidação do sinistro.

16.4 Documentação para regulação de Sinistros

16.4.1 Para todas as coberturas:

- a) Aviso de sinistro totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante e Beneficiários;
- b) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o 1º titular da conta.

16.4.2 Para a Cobertura de Morte Acidental:

I Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital, informando o período de convivência;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial (B.O.);
- d) Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- f) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- g) Laudo pericial do local do acidente se houver;
- h) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

Obs.: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não



prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos complementares que comprovem a condição de beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.

16.4.3 Para as Coberturas de Invalidez Permanente por Acidente:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.
- e) Exames realizados pelo segurado que comprove o diagnóstico.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial (B.O.);
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

16.4.4 Para a Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- e) Pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão do Registro da Ocorrência Policial (B.O.). Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- b) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

III) Documento Original



- a) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores em que deve constar o nome do Segurado e nome do responsável pelo pagamento das despesas juntamente com os pedidos médicos dos procedimentos realizados. Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal original o procedimento realizado conforme tabela da A.M.B.;
- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o tratamento realizado.

16.4.5 Para a Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Exames médicos comprobatórios da lesão;
- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada

- a) Empregador com vínculo empregatício: carteira profissional com as páginas inicial, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso;
- b) Para proprietários de estabelecimento: contrato social atualizado;
- c) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- d) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Laudo do Exame de Corpo de Delito (IML).

III) Documento Original

- a) Relatório médico atestando a causa e comprovando o grau e o período do afastamento.

Importante: Quando os documentos e relatos apresentados gerarem dúvida fundada e justificável para definir a data do evento, solicitaremos ao Segurado uma declaração detalhada do acidente. Referida declaração deverá ser assinada por 02 testemunhas isentas. Não se aceitará como testemunhas pessoas do mesmo local de trabalho do Segurado/família.

16.4.6 Para a cobertura de Renda por Internação Hospitalar por Acidente:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;



- d) Prontuário Médico Completo;
- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- f) Exames complementares comprovando os diagnósticos.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo do Exame de Corpo de Delito (IML).

III) Documento Original

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprovem os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- b) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justifiquem a internação do Segurado e que conste o aviso de alta médica;

Nota: A Seguradora poderá solicitar auditoria no estabelecimento hospitalar, a fim de elucidar os fatos, desde que haja dúvida fundada e justificável.

16.4.7 Para a cobertura de Auxílio Alimentação:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- c) Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- d) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- e) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- f) Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhado a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames



e tratamentos realizados.

Obs.: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos complementares que comprovem a condição de beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.

16.4.8 Para as coberturas de Auxílio Funeral Não Dedutível:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial.

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a causa morte, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

16.5 Junta Médica

16.5.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

16.5.1.1 A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

16.5.1.2 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

16.5.2 Perícia da Seguradora

16.5.2.1 A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência da hospitalização nos termos destas Condições Gerais.



16.5.2.2 O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

16.5.2.3 Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

17 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

17.1 Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;
- b) com a morte ou invalidez TOTAL e permanente por acidente do Segurado Principal;
- c) por solicitação do Segurado Principal, mediante comunicação por escrito;
- d) automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- e) pela inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do Segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do prêmio;
- f) com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da apólice mestra; e
- g) automaticamente se houver inexactidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou estipulante no ato da contratação e/ou durante a vigência do contrato.

17.2 Além das hipóteses já elencadas, o Segurado Dependente também perderá esta qualidade:

- a) se for cancelada a respectiva cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos;
- b) se cessar a condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicada à Seguradora; e
- c) a pedido do Segurado Principal;
- d) com a inclusão do Dependente no Seguro na condição de Segurado Principal.

18 CANCELAMENTO DO SEGURO

A apólice Mestra será cancelada:

18.1 por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo Segurado, respeitando o aviso prévio de 60 (sessenta) dias;



18.2 pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios, nos termos do item 14;

18.3 se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato; e

18.4 quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé que devem existir por ocasião da contratação e durante a vigência do contrato.

19 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

19.1 A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos, dependentes ou beneficiários:

- a) inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro, quando estas ocorrem pela má-fé da(s) parte(s);**
- b) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;**
- c) fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências.**
- d) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;**
- e) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;**
- f) não cumprimento das obrigações do Segurado conforme previsto nestas Condições Gerais.**

19.1.1 Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

19.1.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea a) do subitem 19.1 não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade Seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou,**
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**



III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

20 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

20.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, no Contrato, constituem, ainda, obrigações do estipulante:

- I - fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- II - manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- III - fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- IV - repassar os prêmios à sociedade Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- V - repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- VII - comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- VIII - dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- IX - comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- X - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- XI - informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

21 DA DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

Desde que estabelecido no Contrato, ao final de cada vigência da apólice e depois de pagas todas as faturas do período será apurado o excedente técnico da apólice, destinando-se **um percentual** do resultado obtido ao Estipulante, ou, no caso de seguro contributivo, aos Segurados. O resultado ou excedente técnico é o excesso, porventura existente da receita sobre a despesa. Para fins da apuração do resultado técnico consideram-se no mínimo os itens abaixo estabelecidos. Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídas na apuração de excedente técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante:

21.1 Como Receita para fins de apuração dos resultados técnicos:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;



- b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR) do período anterior;
- d) Recuperação de sinistros em resseguro.

21.2 Como Despesa para os mesmos fins:

- a) As comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) As comissões de administração (Pró-Labore) pagas durante o período;
- c) As comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) Valor total de sinistros ocorridos em qualquer época e avisados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- e) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR), considerando-se para tal um percentual sobre os prêmios ou sinistros de competência do período conforme acordado com o Estipulante;
- f) Saldo negativo dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- g) As despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante;
- h) Prêmios de resseguro;
- i) Os seguintes tributos: PIS, COFINS, CPMF, IR e CSLL.
- j) Valor total das despesas de desenvolvimento, confecção e envio de quaisquer materiais a serem fornecidos aos Segurados; e,
- k) Valor total das despesas com Assistências.

21.3 As Receitas e Despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) O respectivo dia de pagamento para Prêmio e Comissões;
 - b) O dia do aviso à Seguradora, para os Sinistros;
 - c) A data da última apuração, para os Saldos Negativos anteriores;
 - d) As datas em que incorreram, para as despesas de administração.
- A apuração do resultado far-se-á após o término de vigência da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação.

22 ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

22.1 O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

22.1.1. Para manter o equilíbrio técnico do seguro e sempre que possível, as taxas serão reavaliadas anualmente tendo como base a experiência da Seguradora .

22.2 Qualquer modificação da apólice em vigor, inclusive nas taxas do seguro, que implique em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo Segurado.

22.3 A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante.



23 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da SEGURADORA, respeitadas as condições contratuais e as normas do seguro.

24 DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1 O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

24.2 O registro deste plano na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

25 PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento na presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

26 DO FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

27 CONCEITOS

27.1 Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, a sua incapacidade temporária ou acarrete despesas médico-hospitalares.

27.1.1 Incluem-se, ainda, nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparada, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

27.1.2 Não se Incluem no conceito de acidente pessoal:



- a) as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumacumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidadez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 27.1, acima.

27.2 Apólice Mestra

É o documento escrito, emitido pela Seguradora, que caracteriza o instrumento do contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais e, se houver, pelo Contrato. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro.

27.3 Beneficiários

São as pessoas designadas pelo Segurado Principal para receber o Capital Segurado na hipótese de seu falecimento devidamente coberto. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diária Temporária por Incapacidade Total por Acidente (DIT) e Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIH), bem como no caso de morte de Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário será o próprio Segurado Principal.

27.4 Capital Segurado

Capital Segurado é a importância máxima a ser paga pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

27.5 Carência

É o período de tempo ininterrupto, cotado a partir do início de vigência do seguro individual, durante o qual o segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais.

27.6 Carregamento

É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro.

27.7 Certificado de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora e entregue ao Segurado Principal, que confirma a aceitação do proponente no Seguro.

27.8 Condições Contratuais



Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Seguro, das Condições Gerais, da Apólice e respectivos Aditivos, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

27.9 Condições Gerais

É o instrumento jurídico que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do seguro, sendo obrigatoriamente parte integrante da Proposta de Seguro e da Apólice Mestra.

27.10 Contrato

É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos beneficiários.

27.11 Corretor de Seguros

É o intermediário, indicado pelo Estipulante, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguros. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.

27.12 Estipulante

É a pessoa que contrata este seguro em proveito dos Segurados, ficando investida dos poderes de representação destes perante a SEGURADORA, nos limites da legislação pertinente e das disposições contratuais.

27.13 Evento Coberto

É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

27.14 Evento Preexistente

São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo Segurado, antes da contratação do seguro e que seja de seu conhecimento.

27.15 Franquia

É o período de tempo, não considerado para cálculo do pagamento da Renda Diária de Internação Hospitalar por Acidente contratada, contado a partir da Internação Hospitalar coberta.

27.16 Grupo Segurado

É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

27.17 Grupo Segurável

É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que preencham os demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e, se houver no Contrato.

27.18 Hospital



Designa qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para tratamentos médicos e paramédicos em regime de internação.

27.19 Indenização

É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

27.20 Internação Hospitalar

É o período contado em dias, não inferior a 24 (vinte e quatro) horas, de hospitalização do Segurado, comprovado através de notas fiscais ou qualquer outro instrumento legal de cobrança ou declaração do Hospital onde ocorreu a internação.

27.21 Internação Eletiva

É a internação hospitalar que é agendada, sem caráter de urgência.

27.22 Limite de diárias

É a quantidade máxima de diárias que o Segurado fará jus. No caso da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente, começará a contar do 16º (décimo sexto) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais (data do sinistro), por evento, limitado a 180 (cento e oitenta) diárias por evento. Cada diária corresponderá a uma fração do valor da renda mensal contratada.

27.23 Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, parentes consanguíneos ou afins, com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.**

27.24 Prêmio

É o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

27.25 Proponente

É a pessoa física que propõe a sua adesão ao Seguro e que passará a condição de Segurado Principal somente após a sua aceitação pela Seguradora.

27.26 Proposta de Adesão

É o formulário fornecido pela SEGURADORA que, preenchido, assinado e a ela entregue caracteriza a vontade do proponente pertencente ao grupo segurável de ser incluído no seguro. Poderá a SEGURADORA, caso previsto no Contrato, dispensar a Proposta de Adesão, substituindo-a por relação de adesões, elaborada e fornecida pelo Estipulante do seguro.

27.27 Proposta de Seguro

É o documento através do qual a empresa proponente manifesta a sua vontade em contratar o seguro na qualidade de Estipulante, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e, se houver no Contrato.



Na Proposta de Seguro deverão ser prestadas todas as informações necessárias à correta avaliação pela SEGURADORA dos riscos a serem garantidos ou recusados.

27.28 Regime Financeiro de Repartição Simples

É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

27.29 Renda por Internação

Indenização por dia de internação hospitalar, contratada pelo Segurado e estipulada na Proposta de Contratação, independente do valor das despesas médicas e hospitalares efetuadas no tratamento.

27.30 Segurados

São as pessoas físicas, pertencentes ao Grupo Segurado, podendo ser subdivididos em:

27.31 Segurados Principais

São os que mantêm vínculo com o Estipulante, regularmente incluídos e aceitos no seguro.

27.32 Segurados Dependentes

São o cônjuge ou a(o) companheira(o) e os filhos do Segurado Principal regularmente incluídos no seguro.

27.32.1 São considerados filhos do Segurado Principal, **para fins deste seguro**, os seguintes dependentes econômicos:

I - o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

II - filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24 (vinte e quatro) anos;

III - o menor pobre, de até 21 (vinte e um) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;

IV - o irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um) anos, desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

V - irmão(ã), neto (a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 (vinte e um) anos até 24 (vinte e quatro) anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até 21 (vinte e um) anos;

VI - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador

27.33 Seguradora

É a sociedade devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo prêmio garante os riscos previstos no contrato.

27.34 Sinistro

É o acontecimento futuro e incerto, garantido pelo seguro e ocorrido durante sua vigência material, capaz de acarretar obrigações pecuniárias para a SEGURADORA.

27.35 Tratamento Cirúrgico

São aqueles decorrentes de eventos que exijam ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.

27.36 Tratamentos Clínicos

São aqueles decorrentes de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicarem em ato cirúrgico.